FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA

THESE

APRESENTADA Á

Faculdade de Medicina da Bahia

EM 28 DE OUTUBRO DE 1902

PARA SER DEFENDIDA

POR

Eduardo Albertazzi Diniz Gonsalves

(Natural da Bahia)

AFIM DE OBTER O GRÁO

DE

DOUTOR EM MEDICINA

DISSERTAÇÃO

Das feridas penetrantes do utero gravido e o seu tratamento

(Cadeira de Clinica Cirurgica)

PROPOSIÇÕES

Tres sobre cada uma das cadeiras do curso de sciencias medicas e cirurgicas

BAHIA
IMPRENSA POPULAR
Rua do Coberto Grande, 48

1902

FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA

DIRECTOR — Dr. ALFREDO BRITTO

VICE-DIRECTOR — Dr. ALEXANDRE E. DE CASTRO CERQUEIRA

Lentes cathedraticos

Os Drs.	Materias que leccionam
1. Secção	
José Carneiro de Campos	Anatomia descriptiva.
Carlos Freitas	Anatomia medico-cirurgica.
2. Secção	
Antonio Pacifico Pereira	Histologia
Augusto Cezar Vianna	Bacteriologia
Guilherme Pereira Rebello	Anatomia e physiologia pathologicas.
3. Secção	
Manoel José de Araujo	Physiologia
José Eduardo Freire de Carvalho Filho	Therapeutica.
4. Secção	
Raymundo Nina Rodrigues	Medicina legal e toxicologia.
Joaquim M. dos Santos	Hygiene.
5. Secção	
I. M. de A. Gouveia	Pathologia cirurgica.
Fortunato A. da Silva	Operações e apparelhos.
Antonio Pacheco Mendes	Clinica cirurgica — 1. cadeira.
Manoel Victorino Pereira	» » — 2. »
6. Secção	
Aurelio R. Vianna	Pathologia medica.
Alfredo Britto	Clinica propedeutica.
Anisio Circundes de Carvalho	» medica — 1. cadeira.
Francisco Braulio Pereira	» » — 2. »
7. Secção	
Antonio Victorio de Araujo Falcão	Mat. med., pharm. e arte de formular.
José Rodrigues da Costa Dorea	Historia natural medica
José Olympio de Azevedo	Chimica medica.
8. Secção	
Deocleciano Ramos	Obstetricia.
Climerio Cardoso de Oliveira	Clinica obstetrica e gynecologica
9. Secção	
Frederico de Castro Rebello	» pediatrica.
10. Secção	
Francisco dos Santos Pereira	» ophtalmologica.
11. Secção	
Alexandre E. de Castro Cerqueira	» dermatologica e syphiligraphica
12. Secção	
João Tillemont Fontes	» psychiatrica e de mol. nervosas

Luiz Anselmo da Fonseca	Em disponibilidade
João E. de Castro Cerqueira	Em disponibilidade
Sebastião Cardoso	Em disponibilidade

Lentes substitutos

Os Drs.		Os Drs.	
Manoel d'Assis Souza	1. Secção.	Pedro da Luz Carrascosa	7. Secção.
Gonçalo Muniz S. de Aragão	2. »	. . . .	8. »
Pedro Luiz Celestino	3. »	Alfredo de Magalhães	9. »
Josino Cotias	4. »	Clodoaldo de Andrade	10. »
Braz Hermenegildo do Amaral	5. »	Carlos Ferreira Santos	11. »
João A. Garcez Fróes	6. »	Juliano Moreira	12. »

SECRETARIO — Dr. MENANDRO DOS REIS MEIRELLES

SUB-SECRETARIO — Dr. MATHEUS VAZ DE OLIVEIRA

A Faculdade não approva nem reprova as opiniões emittidas nas theses que lhe são apresentadas.

Dissertação

PRIMEIRA PARTE

Causas, Signaes e Diagnostico

As lesões traumaticas do utero dividem-se em duas grandes classes: aquellas que são determinadas pelos traumatismos exteriores e as que são occasionadas pelo parto.

As lesões devidas aos agentes exteriores variam notavelmente seguindo aquellas que sobrevêm no estado de gestação, ou no estado de vacuidade.

Estas lesões podem ser produzidas de fóra para dentro, e de dentro para fóra.

No estado de vacuidade as lesões produzidas de fóra para dentro são rarissimas, devido ao utero achar-se bem protegido pela cintura pelviana.

No estado de gestação, pelo contrario, estas lesões são frequentes devido ao utero occupar uma grande porção da cavidade abdominal.

As feridas penetrantes do utero gestante podem ser divididas em tres grupos: no primeiro collocamos as feridas produzidas por instrumentos cortantes, pelos cornos dos animaes, pelo chuço, pela baioneta, etc.

No segundo as feridas produzidas por arma de fogo.

No terceiro e ultimo grupo, as picadas, e as punções accidentaes devidas a um erro de diagnostico, ou a falta de technica operatoria.

§ *I. Feridas por instrumentos cortantes, e pelos cornos dos animaes* [1]

Dos estudos de Estor e Puech publicados na revista de gynecologia e cirurgia abdominal de dezembro de 99, colhemos quarenta observações das quaes, vinte e quatro pertencem a nossa primeira categoria.

Dizem estes observadores que alem das feridas

(1) A maior parte dos factos aqui citados, foi colhida de M M, Estor e Puech. Revista de gynecologia e cirurgia abdominal de Novembro e Dezembro de 1889.

accidentaes e criminaes, é preciso assignalar-se uma cuja etiologia parecerá incrivel, de mulheres praticarem em si mesma verdadeira operação cesariana, seja para fazer desapparecer uma gravidez illegitima, seja por temer as dores do parto.

Nos traumatismos desta natureza e nos determinados pelos cornos dos animaes, ha um duplo elemento que domina o prognostico e a intervenção: de um lado nós temos a ferida uterina, do outro, temos a larga ferida penetrante abdominal, a abertura peritoneal com ou sem lesão simultanea das outras visceras.

O symptoma essencial, constante, de extrema urgencia, é a hemorragia; das quarenta observações de Estor e Puech só em um caso esta faltou; tratava-se de uma ferida de doze millimetros, que foi considerada por estes observadores como ferida por instrumento picante.

Esta hemorragia é abundantissima; e mesmo que uma grande porção de sangue fique no ventre, os signaes conhecidos da anemia aguda por hemorragia interna, não nos podem deixar em duvida.

Este escoamento sanguineo tem por origem principal a parede uterina.

Só existe um facto unico citado por Benhardt, em que a hemorragia foi minima.

De um lado a perfuração completa, do outro, as lesões da placenta e da zona subjacente, gosam de uma propriedade consideravel ; assim no caso apresentado á sociedade de cirurgia de 97 pelo professor Schwartz, devido a integridade da placenta a doente poude esperar pela intervenção sete horas.

Juntamente com o sangue, o liquido amniotico inunda largamente o peritoneo e escôa pela ferida : é uma onda de liquido sero-sanguineo que se escôa, de mais a mais sanguinolento a medida que se esgota o conteúdo do amnios.

Raramente o féto escapa ao agente vulnerante.

Nas feridas largas observa-se quasi sempre a passagem total ou parcial do féto no abdomen : quando esta complicação não é immediata, ella pode produzir-se secundariamente sob a influencia das contracções uterinas.

Precisamos, com effeito, contarmos nas horas que se seguem com a dupla propriedade da musculatura uterina: retracção e a contracção.

A retracção estreita a ferida; applicando intimamente após o desapparecimento do liquido amniotico a parede uterina sobre o féto.

A contracção produz effeitos absolutamente contrarios: o alargamento da ferida, e a expulsão parcial do conteúdo do utero.

A via de expulsão do féto depende das dimensões da ferida.

Se esta é pequena o féto poderá sahir pela via natural, no caso contrario, se ella é larga elle sahirá pelo ventre.

Em regra geral quando a sahida do féto é total, elle não fica na cavidade peritoneal, sae pela abertura abdominal, pois geralmente a abertura da parede abdominal e maior que a parede do utero.

Ha casos em que todo o utero faz hernia para fóra do abdomen.

Quando a sahida do conteúdo é parcial, todas as partes do féto podem ser encontradas; o cordão,

um membro, a cabeça, o corpo inteiro menos a cabeça.

Esta sahida parcial tem sido algumas vezes uma circumstancia feliz, a parte fetal obtura a ferida uterina.

Todos estes factos são facilmente observados, graças as dimensões da ferida ; do mesmo golpe as lesões complexas das outras visceras abdominaes tornam-se evidentes.

Assim tem-se observado hernias do epyplon, do intestino, feridas do mesenterio, da bexiga, etc.

Estas lesões eclypsadas momentaneamente durante a hemorragia adquirem toda a sua importancia logo que a doente resiste a esta.

Ellas constituem o ponto de partida habitual dos accidentes consecutivos, da peritonite generalisada.

Por mais consideravel que seja o traumatismo, a lesão do intestino é relativamente rara. Puech e Estor dizem que isto dá-se devido ao utero gravido recalcar para acima e para atraz a massa intestinal.

O prognostico destas feridas largas é dominado quasi unicamente pela peritonite.

Logo que a doente resiste á hemorragia immediata nós nos achamos nas condições ordinarias de uma larga ferida penetrante do abdomen.

A infecção da ferida parietal de um lado, e a perfuração do intestino do outro, são os dous factores principaes da gravidade; a presença de um derramamento sanguineo no peritoneo intervem para favorecer a infecção, qualquer que seja o ponto de partida.

Nós discutiremos a proposito do tratamento, as differentes indicações.

E' evidente que nos traumatismos desta natureza, a continuação da gravidez constitue uma impossibilidade: a expulsão do féto, ao contrario, é de regra; immensos são os casos assignalados por Puech e Estor.

E' preciso saber-se que estes fétos assim milagrosamente poupados, apresentam as vezes lesões traumaticas, capazes de succumbil-os ulteriormente.

§ *II. Feridas por arma de fogo*

A parede ossea da bacia, a profundidade do utero não constituem aqui uma protecção efficaz, e o projectil do menor calibre pode lesar este orgão isoladamente ou accessoriamente.

Da estatistica de Estor e Puech vê-se que estas feridas não são tão frequentes como theoricamente deveria ser.

Ha pois uma differença enorme entre o quadro clinico das feridas por arma de fogo, e as feridas por arma branca: nas segundas a lesão é evidente exporta a descoberta, nas primeiras ella pode ser obscura durante as primeiras horas que se seguem ao accidente.

A ferida por arma branca dominada pela hemorragia immediata, pode produzir a morte em alguns instantes; e quando isso não aconteça torna a doente exangue; a ferida por arma de fogo, de pequenas dimensões, sangra infinitamente menos; é evidente que ella determina na parede uterina, na placenta, no féto, lesões serias sem duvida, porem muito mais

limitadas; em segundo logar a hemorragia traumatica sahida da ferida uterina, não tem tendencia a evacuar-se pela ferida abdominal.

O sangue se accumula no ventre, livre, ou sob a fórma de coagulos.

A procedencia das partes fetaes atravez do orificio creado pela bala é uma excepção, só a do cordão tem sido assignalada nas observações publicadas até hoje. (1)

Ao contrario, a multiplicidade das feridas, longe de ser uma excepção é quasi constante: o utero é perfurado de lado a lado. (Albaran)

E' rarissimo observar-se casos como o de Robinson em que o orificio era unico. (2)

Unica ou multipla a ferida uterina por arma de fogo não tarda a soffrer como as outras feridas a influencia da retracção e da contracção uterina.

A retracção pode diminuir momentaneamente o

---

(1) Ver o caso apresentado á sociedade de cirurgia de 27 de Fevereiro de 1895, pelo professor Albaran.

(2) Robinson The Lancet, 23 de Outubro de 1897.

orificio; a contracção, ao contrario, alarga-o, e com uma rapidez consideravel.

Assim Byford — diz ter observado uma ferida de alguns millimetros, adquirir em alguns minutos as dimensões de um dollar.

A hemorragia interna pode ser, com effeito, consideravelmente augmentada.

Poderia dizer-se por uma semelhança de paradoxo, que esta benignidade relativa e immediata das feridas do utero por arma de fogo constitue seu principal factor de gravidade.

Depois da hemorragia, o perigo mais grave é a infecção; esta infecção tem por ponto de partida frequentemente a perfuração intestinal.

A perfuração intestinal, evidente nas feridas largas é aqui tanto mais terrivel quanto mais encoberta.

Se o mesenterio, o intestino, o epiplon são intactos, rapidamente o trabalho começa: intacto ou lesado, morto ou vivo, o féto é expulso pelas vias naturaes. E' neste momento que em quasi todos os casos, manifesta-se a complicação destas feridas: a

hemorragia uterina pela vagina: neste momento quando a mão introduzida no utero para fazer o delivramento artificial rapido encontra directamente a lesão uterina.

Ferida hypogastrica seguida de abortamento rapido, hemorragia interna muitas vezes moderada; hemorragia forte no delivramento: tal é o quadro clinico habitual.

Quando a ferida uterina, é acompanhada de lesões complexas do tubo digestivo, ellas se manifestam mais tardias pela peritonite aguda que é a consequencia fatal.

§ *III. Feridas por instrumentos picantes*

Somos forçados a approximarmos deste ultimo grupo factos de ordem um pouco desparatada, porque é certo que alguns instrumentos picantes taes como estacas, pregos volumosos, etc. são capazes de produzir grandes traumatismos e destruição locaes terriveis e complicadas.

Outras, ao contrario, (trocarte, agulha, etc.) são notaveis pela sua innocuidade.

Passaremos rapidamente sobre as primeiras, das quaes Estor e Puech apresentam exemplos curiosos.

Ferida por espada, por pregos, por bastão pontudo, etc.

A perfuração, ou melhor, a punção da parede uterina por instrumento picante de pequeno calibre é um accidente que pode se reproduzir em duas maneiras distinctas: primeiro atravez a parede abdominal segundo o ventre estando aberto ao curso de uma operação cirurgica.

No primeiro caso, importa distinguir as lesões accidentaes, e as lesões cirurgicas (punção por erro de diagnostico : punção voluntaria nos casos hydramnios); é sempre na segunda variedade que se encontra embaraços.

Existe uma differença essencial entre uma lesão traumatica accidental, qualquer que ella seja, e uma lesão cirurgica : é que na primeira o agente vulnerante deve ser sempre supposto septico ; e na segunda elle deve ser presumido aseptico.

Por consequencia, se no primeiro caso ha um

certo perigo para a doente, este perigo não deverá existir nas punções cirurgicas.

A punção aseptica do utero tem sido preconisada, ha mais de dez annos, como tratamento do hydramnios ; ella expõe, é verdade de uma maneira habitual, porem não inteiramente crescente, ao parto prematuro.

Como bem observou o autor americano, Carboll Lée, a clinica demonstra que o aborto depende, não da lesão uterina por grave que seja, porem das lesões do conteúdo do utero.

Comprehende-se que em alguns casos, raros excepcionaes, a gravidez pode continuar seu curso, seja porque a ferida da parede não tem interessado toda a expessura do orgão; seja, o que me parece mais duvidoso, que uma certa quantidade de liquido amniotico tenha podido ser evacuado, sem causar o aborto.

Os symptomas immediatos da picada uterina apresentam em relação aos outros traumatismos deste orgão uma consideravel attenuação; nos casos de picadas traumaticas tem se visto doentes cami-

nhar em procura do medico e isto sem aggravação notavel; tal a doente de Tarnier que, tendo enterrado um grampo de chapéo no utero, foi a procura deste cirurgião, fez extrahir o grampo, e nada apresentou durante um espaço prolongado, a não ser perdas aquosas e sanguinolentas.

Logo que o aborto sobreveio, este teve logar sem nenhuma complicação.

Se a punção é determinada pela introducção de um trocar, a sahida do liquido amniotico é evidente e pathognomonica.

Poderia se tomar este liquido pelo conteúdo de um kysto, e só ser advertido do erro pelo apparecimento das contracções uterinas o que se dá fatalmente.

O cirurgião que commetter este erro, o ventre estando aberto, não conservará duvida sobre a natureza do erro ou do accidente operatorio.

Tudo termina pois, por esta simples consequencia: um aborto traumatico.

PARTE SEGUNDA

Tratamento

A cada uma das tres variedades de feridas penetrantes estudadas nos capitulos precedentes, indicações operatorias bem distinctas são applicaveis: ellas teem seguido nestes ultimos annos a evolução da cirurgia moderna.

Em nenhuma destas feridas a indicação se apresenta mais facil que nas largas feridas por instrumentos cortantes.

Vistos suas dimensões ellas tomam o valor de uma laparatomia exploradora: as lesões complexas e variadas (do utero mesenterio, intestinos) são evidentes e expostas á vista.

O cirurgião tem pois de resolver operar ou não; toda a sua acção limita-se na reparação tão completa quanto possivel, na hemostasia e na rutura das perfurações.

Se há pois sahida para fora da totalidade ou da maior parte do féto, a primeira indicação é extrahil-o com a placenta, de maneira a praticar em seguida a sutura do utero.

Já em 1890 Schwartz dizia que a reducção das partes fetaes seguida de sutura não devia ser aconselhada; melhor seria fazer a extracção do féto antes da sutura.

Restituir a uma cavidade amniotica vazia, com as membranas abertas, um féto morto ou muribundo, e arriscar-se sem fundamento aos perigos de um aborto praticado n'estas condições, seria uma loucura.

Não só o perigo da hemorragia persistiria no momento do delivramento, como a rutura assim abandonadas a mercê das contracções uterinas seria fatalmente sujeita a rutura secundaria.

Há pois, outra conducta a seguir que é fazer ou melhor, completar a operação cesriana: extrahir o féto e a placenta seja que esta ultima apresente-se expontaneamente descollada entre os labios da ferida,

seja que o seu descollamento artificial deva ser praticado.

E' perigosissimo imitar Rodriguez abandonando o delivramento ao trabalho natural depois de ter extrahido o féto e suturado a parede uterina.

Nos casos de feridas menos largas, sem sahida de partes fetaes, Schwartz admitte ainda a abstenção, bem entendido, sem esperar a continuação da gravidez: aconselha a esperar o aborto.

Duvidamos ainda que esta opinião sustentada em 1887 em uma epocha em que as grandes operações abdominaes eram ainda de um prognostico muito serio, seja mantida por seu autor até hoje.

Se a retracção uterina pode obturar o orificio de um projectil de pequeno calibre, as contracções teem effeitos absolutamente contrarios.

O unico caso em que esta conducta poderia ser excepcionalmente proposta e seguida, seria o da lesão incompleta e não penetrante do utero.

Suturando-se as camadas superficiaes divididas, há probabilidade de continuação. Probabilidade

bem alleatoria, em todo caso, compensada por grandes perigos.

Em presença de uma ferida enfraquecendo notavelmente a resistencia do utero, sobre tudo em uma epocha adiantada da gravidez, isto seria tomar uma responsabilidade bem grande, de deixar taes doentes a mercê de uma rutura expantanea do trabalho.

A sutura do utero é pois, imposta, em todos os casos: é preciso não mais attribuir nenhum valor aos feitos antigos quasi todos relativos ao periodo preanteseptico, onde a parede uterina era deixada largamente aberta.

E' expor a dous perigos terriveis: a hemorragia secundaria determinada pelo relaxamento da parede uterina, e a infecção secundaria do peritoneo pelos lochius.

Esta sutura pode ser praticada por differentes processos: ella torna-se difficil pela friabilidade do tecido; e sua contractibilidade, determinando a principio uma deformação da ferida, facilitando em seguida a rutura.

E' no fim da gravidez que estes inconvenientes se manifestam ao maximo.

Se a ferida é vertical, Sänger propõe reseccar uma parte da musculatura sobre os labios da ferida.

Em casos semelhantes, Marchand, tem feito uma sutura analoga a de Lembert: a doente morreu; e, a autopsia, mostrou que de cinco pontos tres haviam largado.

Terrier, emfim, insistindo sobre as difficuldades que se lucta em reunir isoladamente a mucosa e o resto da parede, declara-se partidario de uma sutura não penetrante feita em unico plano, com pontos separados, atravessando a face profunda da mucosa.

E' a mais simples e tambem a mais rapida.

Qualquer que seja o processo empregado, ter-se-á cuidado, se o collo é um pouco dilatado, de introduzir um tubo de *drainagem* para assegurar o escoamento de liquidos.

As difficuldades da sutura, o medo da desunião secundaria, emfim a presença de lesões complexas e multiplas tem levado certos cirurgiões a praticarem nestes casos a hysterectomia abdominal.

Por analogia com o que se passa nas ruturas uterinas do trabalho, esta conducta nada tem de irracional; o operador tem de escolher um dos processos de hysterectomia subtotal com tratamento intra ou extra peritoneal do pediculo, e a hysterectomia total.

Este seria preferido por nós; o abandono do coto cervical aqui mais que em outra parte, constitue um perigo a hemorragia; de outro lado a amputação com o pediculo externo é um methodo que tem dado optimos resultados.

Nós repetimos que raros serão os casos onde a gravidade das lesões permittirão praticar uma intervenção tão radical.

Devemos praticar a laparatomia nas feridas do utero *sem lesão ventro parietal* todas as vezes que tivermos a rara felicidade de chegarmos a tempo; em taes casos, com effeito, a incerteza que se encontra sobre a natureza exacta e o grão das lesões são razões de mais para intervirmos.

E' preciso não contar com circumstancias felizes como a de Resing (placenta intacta na ferida).

Querer estudar conjunctamente as feridas por arma de fogo com as precedentes, é expor-se a generalisações perigosas e facticias. Nada mais differente que sua historia clinica; nada mais differente que seu tratamento cirurgico.

O cirurgião acha-se aqui em presença do ventre fechado, ha pois aqui uma questão a resolver, a da laparatomia immediata.

E se esta questão parece hoje resolvida pela affirmativa, ella deu motivo durante alguns annos a discussões prolongadas entre os intervensionistas e os abstencionistas.

Pode-se dizer que na maior parte dos casos, se se trata de uma arma de pequeno calibre, alguns aconselham deixar o aborto se fazer, o trabalho continuar.

E nestes casos só no momento do delivramento, o cirurgião representa um papel activo, porque é neste momento que a hemorragia se manifesta pela vagina, quer tenha por ponto de partida a placenta, ou a parede uterina.

O delivramento artificial deverá pois ser praticado com o menor escoamento de sangue e a mão introduzida no utero, terá todo o cuidado de reconhecer então a séde, as dimensões e o numero de perfurações.

Como não se confiará na obliteração expontanea da ferida por uma hernia das membranas, tão felizmente apparecida no caso de Robinson, se evitará toda a irrigação intra-uterina, limitando-se a applicar um tampão de gaze.

Desgraçadamente, nos casos de feridas por armas de fogo interessando a região umbilical ou hypogastrica, o utero está longe de ser lesado em totalidade ; como estar seguro da integridade do intestino delgado, do mesenterio, mesmo que um grosso vaso occasione immediatamente a hemorragia interna?

Em taes casos, não será preciso fazer obstrucção da ferida uterina, e tratar como uma simples ferida penetrante do abdomen, ir direito as lesões possiveis do intestino, e em seguida as perfurações do utero?

Esta conducta em apparencia a mais audaciosa, é a mais prudente na realidade; far-se-ha pois tratar pela laparatomia immediata todas as feridas por armas de fogo, sem basear nos symptomas que podem faltar, o que seria perigozo esperar.

Feita a laparatomia, nós nos encontraremos nas condições das feridas largas, porque a ferida uterina é, neste caso, de dimensões restrictas e uma segunda questão se apresenta, no momento em que se a descobre.

E' inutil dizer-se que a sahida parcial, ou melhor, a total, do féto, pela perfuração traumatica, neste caso não se produz.

Só o cordão ou antes uma anse do cordão tem sido encontrada para fora do orgão ([1]).

Este autor, neste caso, prefere fazer a resecção do cordão e reduzir o cato a abrir largamente o orgão, e extrahir o feto e seus annexos.

O exito lhe tem dado razão, porem elle diz que a gravidade do acto operatorio e o desejo de abreviar

(1) V. a observação de Albarran.

as manobras, influiram para que tomasse este partido.

De outro lado uma gravidez de quatro a cinco mezes, torna esta conducta menos perigosa que uma gravidez visinha do termo.

E' necessario sempre termos em mente a observação de Biford, que vio dilatar-se uma perfuração de dimensões minimas.

E' sempre uma pratica desagradavel, depois de abrir o ventre para conhecer as lesões, fechal-o, deixando assim a evolução ulterior produzir-se obscuramente.

Nós nos declaramos intervensionistas quando tratar-se de feridas determinadas por armas brancas e por arma de fogo, e abstencionistas quando tratar-se das feridas punctorias.

Repetimos ainda uma vez que as punções uterinas teem uma physionomia toda particular.

Aqui é que pode-se deixar em abandono com tanto menos perigo quanto mais fina é a picada.

O aborto sobrevem nestes casos em condições

sensivelmente normaes com seus phenomenos e suas complicações proprias.

Não poderiamos terminar este capitulo sem dizermos uma palavra a respeito do prognostico afastado das feridas uterinas curaveis ao ponto de vista dos estados gravidicos consecutivos.

Nos casos em que ellas teem sido assignaladas, a gravidez tem normalmente chegado ao termo, e o trabalho não tem sido acompanhado de complicações, salvos certos casos raros em que tem havido rutura secundaria E' raccional suppor-se assim.

Observação primeira

Geissler ([1]). A 15 de Dezembro a tarde, a filha de um rendeiro de F.. ouvio gritos que pareciam vir do curral onde achava-se preso um touro.

Um homem que passava por alli, condusio a menina á estribaria, onde encontraram muribunda a mulher do rendeiro suspensa a corda na qual o touro achava-se preso.

(1) Geissler, Monatschrift J. Gebartsh p. 372.

No solo, ao lado do touro, encontraram uma criança recem-nascida coberta de sangue e de bosta, porem indenme.

Após a morte da mulher observou-se as lesões seguintes: o corno do animal havia penetrado no hypocondrio direito, um pouco abaixo do bordo das ultimas costellas, e havia aberto obliquamente a parede abdominal até o lado esquerdo.

A ferida descrevia uma curva de convexidade inferior.

Os intestinos achavam-se rotos e sahidos do ventre.

A criança era bem constituida, do sexo masculino, e não apresentava lesão alguma.

O cordão estava enrolado ao pescoço e pela sua extremidade livre trazia um fragmento da placenta.

Observação segunda

Harris [1] Uma mulher indianna de idade de 30 annos, de constituição excellente, que achava-se com

(1) Harris Amer Journ of obstr. 1887.

a sua tribu na caça de bufalos, fora alcançada pelos cornos de um destes animaes. O feto fora lançado morto a distancia de vinte metros.

Quanto a mulher, ella foi tratada pelo methodo indiano que consiste em applicar sobre a ferida muitas camadas de argilla humida, com fibras de vegetaes sobre a expessura de duas pollegadas.

Esta mulher curou-se.

Ainda poderiamos citar outras observações alem destas de feridas penetrantes determinadas pelos cornos dos animaes, taes como a de Marsk (1) Rodriguez (2), Scott (3), Richard (4), etc.

Observação terceira

Schwartz (5) Mulher de 22 annos, entrada em Baufen a 18 de Agosto ás 2 horas da manhã. No sexto ao septimo mez de gravidez ella recebeo

(1) Marsk Medic. ag. Detroit 1867

(2) Rodriguez Amer Journ of. obst. 1887.

(3) Scott. Medic. ag. Detroit — 1885.

(4) Richard Union medicale — 1870.

(5) Schwartz Bull. e mem. de la Soc. de chirrerg. n. 620.

ás 8 horas da manhã uma facada no ventre, que produzio uma abundante hemorragia. Descobrio-se sobre a face anterior do abdomen, a esquerda da linha mediana, uma ferida de seis millimetros dirigida obliquamente de baixo para cima e da direita para a esquerda.

Por esta ferida sahia vinte centimetros mais ou menos do intestino e os dous pés do feto.

O estado geral bom; o pulso frequente, não pequeno. Sempre rotina normal. Sete horas após o accidente, fez-se a intervenção.

Praticada a anesthesia e lavagem de todas as partes herniadas; certificado que o intestino, o epiplon, e o mesenterio ~~não~~ eram intactos; augmentou-se a ferida abdominal e certificou-se que o fundo do utero era aberto por uma incisão transversal que ia de um lado ao outro, e pela qual passava o féto, menos a cabeça.

Alargou-se a ferida uterina até permittir a extracção completa do féto morto, e do mesmo modo a da placenta.

Lavou-se a cavidade abdominal e a cavidade uterina com agua quente

Suturado o abdomen, praticou-se a irrigação da vagina com sublimado e em seguida applicou-se um tampão de gaze iodoformado.

A 22 de agosto a mulher morreu ás 8 horas da manhã com os signaes de peritonite, confirmada pela autopsia.

Observação quarta

Benhardt (1) Mulher de 35 annos, multipara, gravida, no oitavo mez abrio o ventre com um canivete para evitar as dores do parto, retirando ella mesma o féto.

Depois de ter levantado um guardanapo cheio de sangue que cobria o abdomen, Benhardt reconheceu a existencia de uma larga ferida. pela qual o fundo do utero e uma parte do epiplon sahia para fóra.

A ferida começava a alguns centimetros acima do umbigo dirigindo-se obliquamente de cima para

(1) Benhardt. Union Medicale.

baixo e da esquerda para a direita na extensão de quatorze centimetros mais ou menos.

A hemorragia parecia pouco abundante. Depois que o epiplon foi reduzido, os bordos da ferida foram reunidos completamente por meio de uma sutura e a ferida coberta por uma compressa embebida em oleo de amendoas doces.

Administrou-se uma forte dóse de opio. Durante os tres primeiros dias, teve febre, soluços e vomitos. No fim do terceiro dia um féto de oito mezes, bem constituido, foi expulso. A placenta foi expulsa immediatamente sem perda sanguinea notavel. Vinte e um dias após o traumatismo, a cura era completa.

Observação quinta

Albarran ([1]) G. M. de 19 annos, entrada no hospital Colchin a 2 de Outubro de 1894.

Esta mulher, gravida no quarto mez mais ou menos, recebeo um tiro de rewolver (calibre 8) na

(1) Albarran. Bull e mem. da Soc. chir. 1895.

região umbelical, ás 6 horas da tarde. O orificio de entrada da bala situado na altura do umbigo a quatro dedos a direita.

Em estado semicomatoso; face pallida, corpo coberto de suor, pulso pequeno, frequente, extremidades frias; temperatura 36°,5c, ventre ligeiramente inchado.

A laparatomia foi feita cinco horas após o accidente.

A incisão medianna começou a quatro dedos acima do umbigo e estendeu-se a dous dedos acima do pubis. Na abertura do peritoneo escoamento de uma grande quantidade de sangue misturado com serosidade (dous litros)

Havia evisceração quasi completa do intestino.

O exame do intestino revelou a existencia de quatro feridas para o terço superior do ileo, collocadas a duas, uma em face da outra; as feridas inferiores eram separadas das feridas superiores por um intervallo de vinte centimetros. Depois da reducção do intestino delgado salvo a aure-doente, fez-se a resseeção de toda a porção do intestino comprehen-

dida entre as quatro feridas. Fez-se a sutura com pontos Lembert simples.

Uma quinta ferida intestinal achada a quarenta centimetros do duodenoum jejunal, foi fechada por uma enteroraphia transversal. A doente tendo sido posta na posição de Trendelenburg encontrou-se no fundo do utero um orificio atravez do qual passava uma anse do cordão umbilical, longa de quarenta e cinco centimetros; por esse orificio sahia uma grande quantidade de sangue.

Virando-se o utero para diante, encontrou-se uma outra perfuração, o buraco de sahida da bala, situada na parede posterior um pouco para a esquerda. Depois de ter ligado com seda, elle ressecou a porção precedente do cordão umbilical e reduzio o coto no interior do utero; em seguida suturou com seda forte os dous orificios que a bala havia feito no utero. Applicou-se um pouco depois de ter deixado sahir pelo angulo inferior da ferida duas mechas de gaze iodoformada que mergulhavam no cul de sac de Douglas.

A operação durou uma hora e vinte minutos.

A 3 de Outubro deu-se a expulsão do feto de quatro mezes, que só apresentava uma ligeira echimose no homoplata esquerdo.

A 10 de Novembro a doente levantou-se e a 20 de Fevereiro, a cura era completa. E alem destas temos: Applewhite e Pernot [1] Reichard [2] Pichard [3] Kehr [4] e outras.

Observação sexta

Tillaux — Mulher de 35 annos, perfeitamente constituida, chegou com o ventre enorme que mal podia respirar. Casada em 1875, esta mulher teve quatro partos: o primeiro em 1876 uma criança muito forte, que morreu de croup com treze mezes de idade. A segunda gravidez, que teve logar em 1877, foi gemea: estes gemeos só duraram vinte dias. Os dous ultimos partos, ambos do sexo masculino, um nascido em 1879, e o outro em 1880

(1) Applewhite et Pernot Medic. Word Outubro 1892.
(2) Reichard Maladies de femme.
(3) Pichard Brit. med. Jourad — 1896.
(4) Kehr Gaz hopit — 1886.

vivem ainda e gozam saúde. Estes partos foram sempre faceis, normaes sem accidente algum. Entretanto, depois do ultimo parto, esta mulher tornou se mui sensivel ao frio: desde que o ventre resfriava-se, elle augmentava de volume, e tornava-se doloroso.

Pouco tempo antes da sua entrada no hospital, o augmento do ventre tornou-se de uma maneira rapida e consideravel que, recalcando o diaphrama, ameaçava a doente de asphyxia; depois dos dados fornecidos por esta doente e por pessoas que a acompanhavam podia-se pensar que existia um tumor.

Este tumor era cheio de liquido: sobre a maior parte de sua superficie, bastava percutir ligeiramente um ponto qualquer para dar nitidamente a sensação da flutuação para a outra extremidade do mesmo diametro. Todavia sobre uma certa extensão, a consistencia não era a mesma: havia a sensação de uma saliencia distincta, limitada sobre seus bordos por uma especie de sulco. Esta sensação é exactamente aquella que dá muitas vezes certos

kistos ovarigianos multiloculares; se havia confirmado este diagnostico pelo feito de que ferindo-se a esquerda, não se percebia o choque especial de onda liquida sob os dedos applicados a direita. Este conjuncto de signaes tornava pouco provavel a hypothese de hydropisia do amnios. E' verdade que no dia seguinte Tillaux não distinguio mais nem saliencias, nem sulco, nem differença de resistencia; o tumor havia-se tornado perfeitamente unido em todos os pontos que se percutia sobre os dous terços superiores de sua superficie dando igualmente logar ao phenomeno de flutuação: o que conduzia a pensar em um tumor unilocular. Uma operação tornava-se urgente. A doente, estendida sobre o leito, suffocante, violacea, não podendo mais nem dormir, nem comer, soffria muito, e quasi a asphixiar-se.

Tillaux, em razão dos commemorativos, dos signaes observados, sem suspeitar absolutamente a hypothese de uma hydropisia do amnios, pensava antes que este tumor era um kisto do ovario; uma punção era a operação indicada a mais simples e

mais efficaz para attenuar a genese da respiração; esta punção foi feita por meio de um trocarte ordinario, elle deu sahida a um liquido mui transparente, de uma cor ligeiramente amarella, porem a limpidez, a auzencia completa de viscosidade, fazia pensar antes no liquido do amnios que em outra cousa.

Tillaux deixando escoar o liquido, applicou a mão sobre a superficie do tumor: de repente sentio um choque tal como um movimento fetal: ao mesmo tempo o tumor endureceu, contrahio-se, como faz o utero logo que começa o trabalho do parto. Este enorme tumor, contendo no minimo vinte litros de liquido, era o utero tão dilatado desde o sexto mez, por um hydramnios super-agudo. Tillaux pensou que a melhor conducta a ter era diminuir o liquido amniotico, deixando porção sufficiente para que o feto podesse ahi ficar em condições mais ou menos normaes.

Depois de ter retirado sete litros do liquido amniotico, retirou o trocarte e obturou-se a punção por meio de collodio.

Para fazer cessar as contracções do utero, fez-se uma injecção subcutanea de meio centigrammo de morphina e deu-se um clyster laudanisado. «A doente melhorou extremamente; ella respirava facilmente, podia dormir e comer. Hoje as melhoras continuam. A face não está mais como no primeiro dia, violacea, vultuosa; ao contrario, calma e socegada.

Os movimentos fetaes são sentidos por ella, mais frequentes, fortes como nunca. E' pois de esperar que a gravidez continuará até o seu termo natural.» Ella teve um aborto gemeo de seis mezes mais ou menos.

Havia uma grande quantidade de liquido amniotico. As membranas não foram examinadas especialmente.

Depois de um mez mais ou menos, deu-se o aborto, a operação não parece ter sido a causa determinante deste accidente; é mais racional attribuir á gravidez gemea e a hydropisia do amnios.

....

E alem destas poderiamos citar outras como as de Wilson [1] Lepage [2] Planchon [3] Lée [4] Tarnier [5] e outras.

---

(1) Wilson. Amer. Journ. of obstetrics. 1883.

(2) Lepage Annaes de gynecologie, etc. obstetrique. 1888.

(3) Planchon. Traité complet de l'operacion cesarienne. 1881.

(4) Lée Amer. Journ. of. obst. 1883.

(5) Tarnier Semane Medicale. 1895.

Proposições

PROPOSIÇÕES

1.ª Secção

Anatomia Descriptiva

I

O utero é dividido em duas partes : *corpo* e *collo*.

II

O volume do utero é augmentado durante a menstruação.

III

O seu peso é de quarenta e duas grammas, mais ou menos.

Anatomia Medico-Cirurgica

I

As arterias do utero provêm das arterias uterinas ramos da hypogastrica e da utero-ovariana, que nascem directamente da aorta.

II

As veias uterinas adherem intimamente ao tecido muscular e tomam durante a gravidez um enorme desenvolvimento.

III

Os nervos provêm do plexo hypogastrico e do plexo ovariano.

2.ª Secção

Histologia

I

As paredes do utero são constituidas por tres tunicas superpostas.

II

A tunica interna offerece os mesmos caracteres ao nivel do *corpo* e do *collo*.

III

A mucosa do corpo não possue nem papillos nem villosidades.

Bacteriologia

I

A natureza infectuosa do tetanos foi descoberta em 1884 pelos professores Carbé e Rattone.

II

Não só esse bacillo como seus sporos são encontrados no solo, nas poeiras e nos excrementos dos animaes.

III

Esse bacillo é anaerobio.

Anatomia e Physiologia Pathologicas

I

Da-se o nome de lipoma a um tumor formado de tecido adiposo.

II

Sua structura é analoga a do tecido adiposo subcutaneo; isto é, compõe-se de lobulos adiposos que são reunidos uns aos outros por septos conjunctivos de espessuras variaveis.

III

A calcificação, a degenerescencia gordurosa, a necrose, a gangrena, a decomposição putrida se produzem muitas vezes nos lipomas volumosos.

3.ª Secção

PHYSIOLOGIA

I

O nervo motor occular externo é essencialmente motor e innerva o musculo recto externo.

II

A galvanisação d'esse nervo na massa encephalica produz desvio do globo occular para fóra.

III

O estrabismo convergente é devido a sua paralysia.

THERAPEUTICA

I

O obstaculo que a atropina põe á secrecção do suor

fornece uma das applicações, a mais preciosa d'esse medicamento.

II

Os suores nocturnos excessivos dos tisicos cedem facilmente á sua acção.

III

Ebstein baseado na propriedade que tem a atropina de moderar a secreção salivar empregou-a em casos de sialorea, entre hemiplegicos.

4.ª Secção

Medicina Legal e Toxicologia

I

O segredo profissional é aquelle de que o medico torna-se depositario no exercicio de sua profissão.

II

Elle é um dever sagrado que não deve ser violado.

....

III

Em certos casos, muito raros, o medico vê-se moralmente obrigado a revelar esse segredo.

Hygiene

I

O ar de uma habitação deve ser puro e em quantidade sufficiente para a respiração de um ou mais individuos que tenham de habital-a.

II

Deve ser constante e convenientemente renovado por um systema de ventilação, afim de não se tornar confinado e improprio á vida.

III

O desaceio domestico predispõe o homem a contrahir diversos estados morbidos, ás vezes gravissimos.

5ª. Secção

Pathologia Cirurgica

I

A erysipela é uma molestia infecciosa.

II

E' uma complicação das feridas.

III

Seu tratamento local ou geral é antiseptico.

Operações e Apparelhos

I

A hysterectomia abdominal total é uma operação que tem por fim a ablação do utero em totalidade pela cavidade abdominal.

II

Essa operação é ainda conhecida pelas denominações de castração abdominal total e operação de Feud.

III

Delpech foi quem primeiro praticou esta operação em 1830.

CLINICA CIRURGICA (1.ª Cadeira)

I

As feridas do utero de fora para dentro têm sido observadas no curso da gravidez.

II

Ellas apresentam as mesmas indicações que todas as feridas penetrantes do abdomen.

III

A intervenção torna-se mais urgente devido á vascularidade do utero.

CLINICA CIRURGICA (2.ª Cadeira)

I

A perfuração, ou melhor, a puncção da parede uterina por instrumento picante de pequeno calibre

é um accidente que pode se reproduzir em duas maneiras distinctas.

II

Primeira: atravez da parede abdominal.

III

Segunda: o ventre estando aberto, no curso de uma operação cirurgica.

6.ª Secção

Pathologia Medica

I

O germen productor da raiva ainda não foi descoberto.

II

A raiva determinada pela mordedura do lobo é a mais perigosa.

III

Quando a mordedura attinge ás partes descobertas é muito mais nociva.

Clinica Propedeutica

I

A auscultação é um meio propedeutico de grande valor.

II

E' um meio seguro para o diagnostico das molestias dos orgãos da cavidade thoracica.

III

Pode ser mediata e immediata.

Clinica Medica (1.ª Cadeira)

I

A endocardite é a inflammação do endocardio.

II

A endocardite gravidica é menos frequente que a endocardite puerperal.

III

Nas endocardites infecciosas os symptomas geraes têm geralmente muito mais importancia que os signaes locaes.

Clinica Medica (2.ª Cadeira)

I

A myocardite é a inflammação do myocardio.

II

Virchow divide esta molestia em duas variedades, uma parenchymatosa e outra intersticial.

III

A myocardite parenchymatosa de Virchow corresponde á maior parte das myocardites agudas.

7.ª Secção

Materia Medica, Pharmacologia e Arte de Formular

I

Obtem-se o biodureto de mercurio pela dupla

decomposição do bichlorureto de mercurio pelo iodureto de potassio.

II

O proto-iodureto de mercurio é menos venenoso que o deuto-iodureto.

III

As pilulas e o xarope de Gibert têm por base o iodureto duplo de mercurio e potassio.

Historia Natural Medica

I

A digital é uma planta da familia das scrofuriaceas.

II

A analyse chimica tem demonstrado que as folhas devem ser colhidas de preferencia no vegetal de dous annos e na epoca da efflorescencia.

III

As flores desse vegetal dispõem-se em espigas terminaes e têm a forma de dedo de luva, d'onde lhe vem o nome generico.

Chimica Medica

I

A inosita ou inosina foi descoberta por Scherer na massa muscular do coração do boi.

II

E' um corpo solido, crystalisado em prismas rhomboidaes obliquos, incolores, effervescentes e dotados de sabor assucarado.

III

A inosita é inactiva sobre a luz polarisada.

8.ª Secção

Obstetricia

I

Para o diagnostico da prenhez temos signaes de probabilidade e signaes de certeza.

II

Os primeiros dependem da mãe e os segundos dependem do feto.

III

Os signaes de probabilidade não autorisam só por si o affirmar a prenhez.

Clinica Obstetrica e Gynecologica

I

A versão é uma operação que tem por fim substituir uma apresentação por outra.

II

A versão toma o nome da parte fetal que se põe em relação com o estreito superior.

III

A versão pode ser feita por manobras internas, por manobras externas e por manobras combinadas.

9.ª Secção

Clinica Pediatrica

I

Entre as molestias do apparelho digestivo especiaes á primeira infancia as affecções intestinaes occupam o primeiro logar.

II

O sexo não tem influencia sobre a genese das infecções digestivas.

III

O leite alterado, fermentado é a origem na maior parte dos casos de infecções digestivas.

10.ª Secção

CLINICA OPHTALMOLOGICA

I

Chama-se ophtalmoplegia a paralysia total dos musculos do olho.

II

O ophtalmoplegia pode ser externa ou interna, conforme a paralysia dos musculos extrinsecos ou intrinsecos do olho, do iris, etc.

III

A ophtalmoplegia pode ser tambem mixta quando os musculos extrinsecos e intrinsecos são interessados simultaneamente.

11. Secção

Clinica Dermatologica e Syphiligraphica

I

O lupus *acneico* é acompanhado de lesões grandulares importantes.

II

Nas formas anormaes o diagnostico pode apresentar as maiores difficuldades.

III

Em suas formas chronicas o lupus erythematoso pode offerecer as maiores analogias de aspecto com o acne-rosaceo.

12. Secção

Clinica Psychiatrica e de Molestias Nervosas

I

De todas as manifestações visceraes da hysteria aquellas que tem por séde o apparelho digestivo,

são as mais graves porque podem determinar a morte.

II

A primeira manifestação, a manifestação constante da hysteria sobre o apparelho digestivo é a *anorexia.*

III

Esta anorexia consiste ~~de um lado~~ na perda da sensibilidade gastrica.

Nota — Pag. 28, linha 10, em vez de Sempre rotina normal, leia-se: Temperatura normal.

Visto.

Secretaria da Faculdade de Medicina da Bahia, 28 de Outubro de 1902.

O Secretario,

Dr. Menandro dos Reis Meirelles.